# Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015


**32 620** **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 148** **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 3 maart 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 24 november 2014 inzake het RIVM rapport Index SES-verschillen in (gezonde) levensverwachting (Kamerstuk 32 620, nr. 141).
De Staatssecretaris heeft deze vragen beantwoord bij brief van 2 maart 2015. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens


kst-32620-148
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

1
Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) geeft aan het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid als maat te nemen voor gezondheid. Echter, in hoeverre acht de Staatssecretaris dit een indicator voor de daadwerkelijke gezondheidstoestand van mensen?

Voor het vaststellen van de gezonde levensverwachting zijn gegevens nodig over enerzijds sterfte en anderzijds gezondheid. Gegevens over sterfte zijn altijd objectief. Daarnaast is voor het meten van gezondheid een subjectieve maat (ervaren gezondheid) gekozen omdat het veel verschillende aspecten van gezondheid meet. Uit onderzoek blijkt dat ervaren gezondheid een betrouwbare indruk geeft van de fysieke en mentale gezondheid. Dit maakt ervaren gezondheid een goede en belangrijke maat om gezondheid te meten. De ervaren gezondheid is ook een goede voorspeller van sterfte: mensen met een minder goede ervaren gezondheid hebben een grotere kans om eerder te overlijden. Dit lijkt vanzelfsprekend, maar er zijn weinig maten die zo sterk voorspellend zijn voor sterfte. Bovendien blijft deze sterke relatie tussen ervaren gezondheid en sterfte bestaan nadat rekening gehouden is met een groot aantal andere factoren waarvan bekend is dat ze sterfte voorspellen, zoals leeftijd, objectieve gezondheidsmaten (zoals ziekten, bloeddruk) en andere relevante medische, leefstijl- en psychosociale factoren.

2
Het RIVM geeft aan het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid als maat te nemen voor gezondheid. In hoeverre is het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid objectief?

Ervaren gezondheid is een subjectieve maat, maar mensen blijken hun gezondheid zelf goed te kunnen beoordelen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat ervaren gezondheid een goede voorspeller is van sterfte (zie vraag 1). Bovendien wordt de maat op populatieniveau gebruikt, waarbij individuele verschillen in subjectieve beleving zullen uitmiddelen.
De belangrijkste verklaring voor het sterke verband tussen ervaren gezondheid en sterfte is dat ervaren gezondheid een meer omvattende maat is van gezondheid dan objectieve gezondheidsmaten. Meer objectieve maten zijn vaak beperkter in scope.

3
Het RIVM geeft aan het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid als maat te nemen voor gezondheid. In hoeverre wordt het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid mede bepaald door hun opleidingsniveau? Wanneer het eigen oordeel beïnvloed wordt door het opleidingsniveau kunnen grote vraagtekens geplaatst worden bij de bruikbaarheid van deze indicator. Kan de Staatssecretaris hierop ingaan?

De gehanteerde maat voor ervaren gezondheid wordt algemeen geaccepteerd als een valide maat, ook voor groepen met een laag opleidingsniveau. Dit neemt niet weg dat het goed is om rekening te houden met de mogelijkheid dat het oordeel over de eigen gezondheid mede bepaald wordt door het opleidingsniveau. Dit is de reden dat het RIVM heeft aanbevolen om de core indicator aan te vullen met indicatoren gebaseerd op activiteitenbeperkingen en de aanwezigheid van chronische ziekten.

4
Het RIVM benoemt de criteria die gebruikt zijn bij de keuze van de index. Hier staat niet bij dat de gehanteerde index objectief moet zijn. Waarom wordt geen belang gehecht aan de objectiviteit van de index? Welk nut heeft een subjectieve index voor het maken van beleidsbeslissingen?

Dat de indicator deels (naast sterfte) gebaseerd is op subjectieve oordelen van mensen over hun eigen gezondheid betekent niet dat de indicator zelf ook subjectief is. Het gaat hier over een gemiddeld oordeel van een grote groep mensen. Gekozen is voor een maat voor gezondheid (ervaren gezondheid) die allerlei aspecten van gezondheid meet en die sterk samenhangt met sterfte. Zie antwoorden bij 1 en 2.

5
Voor de toekomst beveelt het RIVM aan om sociaaleconomische verschillen in de (gezonde) levensverwachting (SEVGL) mede gebaseerd op andere indicatoren te berekenen. Echter, op dit moment zijn er meerdere oorzaken waarom deze indicatoren niet gebruikt kunnen worden (o.a. lage respons en nog niet veel cijfers beschikbaar). Op welke manier worden deze oorzaken verholpen, zodat het in de toekomst wel mogelijk is om op een verantwoorde manier deze indicatoren te berekenen?

De benodigde gegevens zijn vanaf 2012 opgenomen in de gezondheidsenquête van het CBS. Trends daaruit zijn over enkele jaren te berekenen. De komende tijd zal verder worden nagegaan wat de mogelijkheden zijn en toepasbaarheid is van het linken van registratiedata van het CBS over SES, zoals inkomen, vermogen etc, en gezondheidsgegevens.

6
Waarom en door wie is besloten tot het opstellen van deze nieuwe index?

In de afgelopen jaren waren er regelmatig onduidelijkheden over cijfers over (gezonde) levensverwachting naar SES. Voor het onderbouwen van beleid of het evalueren van beleid is het belangrijk om duidelijkheid te hebben naar welk cijfer je kijkt. Daarnaast is het belangrijk om een maat te hebben aan de hand waarvan is vast te stellen of verschillen groter/kleiner zijn geworden of gelijk zijn gebleven. Een dergelijke maat was niet voorhanden. Daarom heeft het Ministerie van VWS het RIVM verzocht om een dergelijke index te laten ontwikkelen.

7
De twee rapporten (het tussenrapport en het eindrapport) worden gebruikt voor concretisering van de ambities van de Staatssecretaris op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Wanneer is deze concretisering van ambities gereed, welke vorm zal deze krijgen en wanneer zal de geconcretiseerde ambitie naar de Kamer worden gestuurd? Zal hierbij het door het RIVM gedane voorstel qua indicatoren e.d. één op één overgenomen worden of worden hierin keuzes gemaakt?

Het RIVM berekent op dit moment de trend aan de hand van de nieuwe index. De voorbewerkingen van de databestanden die voor het berekenen van de trend nodig zijn, vereisen nog het nodige werk. Ik verwacht u hierover voor de zomer per brief te kunnen informeren.

8
Als deze voorgestelde index wordt gehanteerd, is het dan nog (goed) mogelijk de cijfers uit voorgaande jaren naast de nieuwe cijfers te zetten en deze met elkaar te vergelijken?

Een belangrijke reden om voor ervaren gezondheid te kiezen is dat hier al gedurende lange tijd gegevens over beschikbaar zijn. Zodoende kan de nieuwe index meteen worden berekend. De gegevens uit de voorgaande jaren zullen ook op de nieuwe manier gepresenteerd worden. Het voordeel daarvan is dat er inzicht kan worden verkregen in de ontwikkelingen in de tijd, ook met terugwerkende kracht.

9
Als de nieuwe index wordt gehanteerd in plaats van de «oude» werkwijze gaan er dan gegevens verloren? Worden bepaalde metingen onderbroken/stopgezet?

Er gaan geen gegevens verloren. Eerdere gegevens worden op een betere manier gebruikt. Er worden geen metingen onderbroken/stopgezet. Er is ook niet sprake van een trendbreuk.

10
Wat betekent de wijziging in manier van werken/berekenen voor de verschillen op de gezondheidsindicatoren tussen lage sociaaleconomische status (SES) en hoge SES? Wat is de verwachting, zullen de verschillen in scores tussen de hoge SES- en de lage SES-groepen toenemen of afnemen door deze nieuwe manier van berekenen? Kan de Staatssecretaris dit toelichten?

Het kan zijn dat de nieuwe manier van berekenen andere resultaten oplevert, maar de verwachting is dat er geen grote verschuivingen zijn in de resultaten. Omdat ook de eerdere gegevens opnieuw worden berekend, zijn eventuele verschuivingen in de resultaten geen probleem (er is geen trendbreuk, zie ook vraag 9).

11
Zijn de keuzes voor indicatoren en manieren van berekenen vooral gemaakt om de resultaten makkelijker met gegevens uit het buitenland te kunnen vergelijken? Of zijn de keuzes voor indicatoren en manieren van berekenen vooral gemaakt vanuit de beperkingen die de huidige data laten zien?

Omdat er verschillende cijfers over (gezonde) levensverwachting naar SES circuleerden, waren keuzes rondom de nieuwe index erop gericht om uit te komen op één index om verschillen in de tijd in kaart te kunnen brengen en hiermee een trend te kunnen berekenen. Gekeken is naar wat er gegeven de beschikbaarheid aan data op dit moment en in de toekomst de meest geschikte manier is om gezondheidsverschillen te monitoren, daarbij de internationale vergelijkbaarheid niet uit het oog verliezend. Aansluiting bij internationale ontwikkelingen was dus een van de criteria waar de indicator aan moest voldoen. Daarom is ook gekozen voor gebruik van gezondheidsmaten die internationaal, meer in het bijzonder binnen de EU gangbaar zijn. Beperkingen van de huidige data speelden een rol, maar andere landen kampen met vergelijkbare beperkingen. Met name de set indicatoren die voor de toekomst wordt voorgesteld sluit aan bij gegevens die ook in andere landen worden berekend. Daarnaast neemt deze indicator, in tegenstelling tot eerdere indicatoren, ook de omvang van sociale gelaagdheid (zie ook vraag 14) in de maatschappij mee. Dat maakt deze maat meer dan de oude maten geschikt voor internationale vergelijking.

12
De Staatssecretaris geeft aan dat hij dit rapport meeneemt om zijn ambitie op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) te concretiseren. Het RIVM geeft echter aan dat er op dit moment niet voldoende gegevens beschikbaar zijn om de benodigde aspecten van gezondheid te belichten. Is het daarom niet voorbarig om op basis van onvolledige indicatoren beleidsbeslissingen te nemen? In welke zin houdt de Staatssecretaris hier rekening mee bij de eventuele vormgeving van beleid?

Zoals eerder aangegeven berekent het RIVM op dit moment de trend aan de hand van de nieuwe index. Hoewel niet alle wenselijke gegevens beschikbaar zijn, is de indicator zo gekozen dat deze op basis van de gegevens die wel beschikbaar zijn een betrouwbaar beeld geeft van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

13
Het RIVM moet de trend nog berekenen. Deze berekening wordt begin 2015 verwacht. Kan de Staatssecretaris dit nader concretiseren? Wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

Ik verwacht u hierover voor de zomer per brief te kunnen informeren.

14
Hoe wordt «maatschappelijke positie» gedefinieerd?

Maatschappelijke positie wordt gedefinieerd als de plek die mensen innemen op het continuüm van de maatschappelijke ladder. Ongelijkheid in maatschappelijk positie ontstaat doordat kennis, arbeid en bezit ongelijk verdeeld zijn over mensen.

15
Hoe wordt «sociaaleconomische status» gedefinieerd?

De sociaaleconomische status (SES) wordt vaak door elkaar gebruikt met maatschappelijke positie maar is formeel de positie van mensen op de maatschappelijke ladder plus het daaraan verbonden aanzien en prestige. Omdat aanzien en prestige niet op een directe manier gemeten kunnen worden, gebruiken onderzoekers vaak een aantal gegevens als indicator die meestal groepsgewijs worden weergegeven voor sociaaleconomische status, zoals opleidingsniveau, beroepsstatus of hoogte van het inkomen. Deze indicatoren worden vaak door elkaar gebruikt met de term SES en dit is de reden dat er verschillende cijfers voor SES circuleren. Daarom is gekozen voor het opzetten van een eenduidige SES index.

16
Op welke termijn kan het RIVM aangeven welke maatregelen effectief zijn in het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? Hoe gaat dit zich uiten in de praktijk?

Beleid ten aanzien van het terugbrengen van gezondheidsverschillen wordt op verschillende manieren gemonitord. Voor een deel gebeurt dit in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM (verschijnt in 2018), maar veel gebeurt ook op andere manieren. Verschillende monitors vinden plaats op lokaal niveau, bijvoorbeeld in het kader van Gezond in de Stad (GIDS).

17
Waarom wordt pas in de toekomst rekening gehouden met de gegevens die in lijn zijn met wat internationaal gebruikelijk is? Is het niet de essentie van deze monitor om te kunnen bepalen hoe Nederland ten opzichte van andere landen presteert in het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

De benodigde gegevens zijn pas vanaf 2012 opgenomen in de gezondheidsenquête van het CBS. Trends daaruit zijn daarom pas over enkele jaren te berekenen. De essentie van de indicator is in eerste instantie om de verschillen binnen Nederland door de jaren heen te kunnen berekenen.

18
Waarom is ervoor gekozen de bevolking naar sociaaleconomische positie in te delen in echelons van 20%? Zijn juist de verschillen in de onderste lagen niet dermate groot dat een verdere differentiëring noodzakelijk is? Waarom wel? Waarom niet?

De maat is een overall maat voor sociaaleconomische verschillen in de gehele bevolking, gebaseerd op gezondheid in alle lagen van de bevolking. Deze methode past goed bij de aanbeveling van de WHO om je bij de aanpak van gezondheidsachterstanden te richten op het verkleinen van de gradiënt tussen alle opleidingscategorieën en niet alleen op het verschil tussen hoog- en laagopgeleiden.
Verdere detaillering van de onderste lagen kan nuttige informatie opleveren die het overall beeld kan aanvullen. Een beperking daarbij is echter dat juist over de laagste categorie gegevens moeilijker te verkrijgen zijn, omdat deze groepen minder vaak deelnemen aan onderzoeken. Bovendien vormen op hogere leeftijd -waar de meeste ongezondheid voorkomt- de groep mensen in de laagste opleidingscategorie (alleen lagere school of minder) al meer dan 20 procent van de bevolking. Van de 75 jarigen in 2010 vormt deze groep bijvoorbeeld 28 procent van het totaal. Verdere uitsplitsing met behulp van de gewoonlijk standaard aanwezige opleidingsgegevens is dan niet mogelijk.

19
Als kernindicator wordt «het eigen oordeel van mensen over hun gezondheid» als maat gehanteerd. Is bekend hoe het eigen oordeel van mensen en de daadwerkelijke eigen gezondheid van mensen zich tot elkaar verhouden?

Zie de antwoorden bij vragen 1 en 2.

20
In het rapport wordt aangegeven dat de resultaten van deze opdracht van belang zijn voor bijvoorbeeld het Nationaal Preventie Programma. Het Nationaal Preventie Programma is in 2014 gestart en loopt tot 2016. Op dit moment is het RIVM-onderzoek nog in een tussenfase. Wanneer is het rapport/onderzoek voltooid? Is dit op tijd om de resultaten nog mee te nemen in het Nationaal Preventie Programma? En zo ja, hoe worden deze resultaten dan in het Nationaal Preventie Programma meegenomen?

De nieuwe indicator wordt gebruikt om een nulmeeting uit te voeren en een trend te berekenen. Dit zal nog voor de zomer gebeuren, ruim binnen de looptijd van het NPP. Zoals bekend, zijn gezondheidsverschillen hardnekkig. Resultaten zullen pas op de langere termijn zichtbaar worden, na 2016.

21
Hoe hebben momenteel in het Nationaal Preventie Programma sociaaleconomische gezondheidsverschillen een plaats? Wat zijn de belangrijkste verschillen gekeken naar de definiëring van sociaaleconomische gezondheidsverschillen ten opzichte van het voorliggend onderzoek?

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen hebben plaats in alle domeinen van het NPP. Binnen de domeinen wordt ingezet op de groepen met de grootste gezondheidsachterstanden.
De definitie van sociaaleconomische gezondheidsverschillen verandert niet door voorliggend onderzoek.

22
Er zijn vijf criteria voor de keuze van de index geformuleerd. Het vierde criterium is «de index weerspiegelt de sociaaleconomische verschillen in de (gezonde) levensverwachting in de totale bevolking». Hoe verhoudt dit criterium zich tot de zin in de conclusie (p. 19) «in eerste instantie zal daarbij de bevolking in instellingen buiten beschouwing worden gelaten»? Als deze groep buiten beschouwing wordt gelaten, geven de resultaten dan niet een vertekend beeld van de werkelijkheid? Aanbevolen wordt een methode te ontwikkelen om deze groep op termijn wel mee te nemen. Wanneer gaat deze ontwikkeling plaatsvinden? Aangegeven wordt dat gegevens over de sociaaleconomische status van verpleeghuispatiënten moeilijk te verkrijgen zijn en dat nader onderzoek nodig is. Gaat een onderzoek plaatsvinden onder deze kwetsbare groep? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom niet?

De informatie over patiënten in verpleeghuizen is een punt waarop verbetering van de indicator wenselijk is. Om trends te kunnen berekenen, is continue dataverzameling nodig. Nader onderzoek zal zich daarom in eerste instantie moeten richten op mogelijkheden om gebruik te maken van bestaande registraties. Ik ben met diverse partijen in gesprek, bijvoorbeeld het CBS, om te bezien wat er nodig is om onderzoek te starten.

23
Wanneer worden de sociaaleconomische gezondheidsverschillen bestempeld als te groot? Is dat een politieke afweging of komt dit voort uit internationale vergelijking?

Dit is inderdaad een politieke afweging, waarvan een internationale vergelijking een onderdeel kan zijn.

24
Er heeft literatuuronderzoek plaatsgevonden, een literatuurlijst ontbreekt. Op welke bronnen is het tussenrapport gebaseerd?

In een Engelstalige achtergrondrapportage is de literatuurlijst opgenomen. Deze is op te vragen bij de auteurs. In de Nederlandse samenvatting zijn omwille van de leesbaarheid geen referenties opgenomen.

25
Aangegeven wordt dat het «vanuit beleidsoogpunt wenselijk is dat bij vermindering van SES-verschillen in de bevolking ook de indicator voor de sociaaleconomische verschillen in de (gezonde) levensverwachting lager wordt». Kan de Staatssecretaris deze zin duiden?

Het gaat hier om de interpreteerbaarheid van de indicator. Bij kleinere SES-verschillen heeft de indicator een lagere waarde, ook al zou het verband tussen gezondheid en SES op zich niet wijzigen. Een voorbeeld: stel dat de levensverwachting van laag opgeleiden 76 jaar is, in de middengroep 78 jaar en in de hoog opleiden 80 jaar. En laat 30% van de bevolking laag opgeleid zijn, 50% een midden opleiding hebben, en 20% hoog opgeleid. Als 10% van het aantal personen met een lage opleiding verandert en gaat behoren tot de midden opgeleiden, dan verminderen de SES verschillen. De indicator zal dan een lagere waarde krijgen, ook al blijft de levensverwachting in laag opgeleiden 76 jaar is, in de midden groep 78 jaar en in de hoog opleiden 80 jaar.

26
Waarom wordt niet direct rekening gehouden met de nieuwe manier van kijken naar gezondheid, het zonder beperking kunnen deelnemen aan activiteiten zoals werk, school en het dagelijks leven? Per wanneer worden deze «alternatieve» gezondheidsmaten meegenomen in de analyse? Kan dat op korte termijn worden verwacht?

Deze data zijn vanaf 2012 opgenomen in de gezondheidsenquête van het CBS. In de loop van 2015 worden deze opgenomen in de berekeningen.

27
Kan de index straks worden uitgesplitst naar leeftijd, regio en etnische achtergrond?

De levensverwachting kan voor verschillende leeftijden worden gegeven. Uitsplitsen naar regio en etnische achtergrond worden beperkt doordat het aantal respondenten per groep in de gezondheidsenquête snel te klein wordt.

28
Er wordt gekozen voor een aantal (drie) indicatoren die in Europa worden gebruikt, omdat deze het alle drie waard zijn om berekend te worden. De indicator «levensverwachting in goede geestelijke gezondheid» lijkt als aparte maat vervallen te zijn en wordt ook niet als aparte toekomstige index benoemd. Kan de Staatssecretaris toelichten waarom deze maat is komen te vervallen? Is dat alleen omdat deze maat internationaal weinig gebruikt wordt; is deze indicator het dan dus (blijkbaar) niet waard om berekend te worden?

Deze keuze is ingegeven door de (on)mogelijkheden tot internationale vergelijking.

29
Zijn alle gegevens die noodzakelijk zijn voor de berekening van sociaal-economische gezondheidsverschillen beschikbaar? Worden zij standaard al verzameld? Waaruit blijkt dat deze cijfers eenduidig zijn?

Het voorstel voor de indicator is zo ingekleed dat de gegevens beschikbaar zijn en standaard worden verzameld door het CBS.

30
In hoeverre is de Staatssecretaris van mening dat de index wordt berekend aan de hand van de meest actuele gegevens? Welke trade-off is er gemaakt tussen actualiteit en uitvoerbaarheid? Hoe verhoudt zich de actualiteit van gegevens tot de doelstellingen omtrent sociaaleconomische gezondheidsverschillen in het Nationaal Programma Preventie?

De benodigde gegevens worden verzameld door het CBS en zijn meestal zo'n 1 tot 2 jaar na afloop van een kalenderjaar beschikbaar. In het NPP is als langjarig doel t.a.v. gezondheidsachterstanden de ambitie dat de verschillen tussen groepen inwoners in 2030 gelijk of kleiner zijn dan de verschillen van dit moment. De ambitie t.a.v. de verschillen in jaren in goede (ervaren) gezondheid is dat het verschil tussen de hoogste en laagste categorie in 2030
significant verminderd is. Omdat deze resultaten pas op zeer lange termijn zichtbaar zullen zijn, vormt de actualiteit van gegevens geen probleem.

31
Hoe wordt het gemis van gegevens over mensen die in instellingen wonen ondervangen?

Deze personen worden wel meegenomen in het sterfte onderdeel van de berekeningen. Er wordt nu verondersteld dat de SES verschillen in deze groep gelijk zijn aan die van degenen die buiten een instelling wonen.

32
Verschillende indicatoren zouden op dit moment (of op korte termijn) nog niet zinvol zijn om te berekenen, onder andere vanwege het feit dat de vraag in onderzoek nog maar kort wordt gesteld of met een lage respons. Voor de toekomst wordt de indicator wel aanbevolen. Kan de Staatssecretaris aangeven op welke termijn deze indicatoren dan wel worden aanbevolen? Waar hangt dit vanaf? Worden deze te zijner tijd dan ook daadwerkelijk meegenomen?

Deze data zijn vanaf 2012 opgenomen in de gezondheidsenquête van het CBS. In de loop van 2015 worden deze opgenomen in de berekeningen.

33
Op langere termijn moet de keuze voor «opleiding» als indicator heroverwogen worden. Wordt nu uiteindelijk «inkomen» als meest geschikt alternatief voor de toekomst genoemd? Waarom wordt de indicator «opleiding» heroverwogen? Waarom kunnen niet beide indicatoren gezamenlijk worden gebruikt? Welke voor- en nadelen spelen in deze overweging? Wanneer gaat deze heroverweging plaatsvinden?

Opleiding is gekozen als indicator voor SES, omdat deze in Nederland en daarbuiten het meeste wordt gebruikt op dit moment. Voor de langere termijn zou deze keuze heroverwogen kunnen worden doordat er door de koppeling van bestanden meer mogelijkheden beschikbaar komen voor het gebruik van andere indicatoren zoals inkomen, vermogen, beroepsstatus of een gecombineerde index. De optie om meerdere indicatoren te combineren (bijvoorbeeld, opleiding, inkomen en vermogen) zal hier zeker bij meegenomen worden. Het staat niet vast dat inkomen het meest geschikte alternatief is. Er is nog geen vastgestelde termijn waarop de indicator zal worden heroverwogen. Dit hangt onder meer af van de ontwikkelingen van de verschillende bestanden en de koppelingen die hiertussen gemaakt kunnen worden.

34
Hoelang zal het duren tot de overgang van de index op dit moment naar de toekomstige, gewenste index gemaakt wordt?

Deze data zijn vanaf 2012 opgenomen in de gezondheidsenquête van het CBS. Het zal enige jaren duren voordat de tijdreeks voldoende lang is om daar statistisch verantwoorde conclusies uit te kunnen trekken.